

- Fliedner-Haus
- Elise-Averdieck-Haus
- Kurzzeitpflege

Neuaufnahme

Anrede:	Geburtsdatum:
Name:	Geburtsname:
Vorname:	Geburtsort:
Straße:	Familienstand:
PLZ / Ort:	Konfession:
Telefon:	Staatsangehörigkeit
Aufnahmedatum: <small>wird vom Heim ausgefüllt</small>	
Pflegeart: <small>wird vom Heim ausgefüllt</small>	ab: <small>wird vom Heim ausgefüllt</small>
Pflegegrad:	ab:
Inkontinenz: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ab:
Wohnbereich: <small>wird vom Heim ausgefüllt</small>	Zimmer / Bett: <small>wird vom Heim ausgefüllt</small>
Telefon ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Pflege-/Krankenkasse: Befreit ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mitgliedsnummer / Aktenzeichen _____
Einzugsermächtigung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	(siehe Anlage Heimvertrag)

Finanzierung:	
Selbstzahler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Pflegewohn geld	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sozialhilfe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

bitte wenden

Bezugsperson 1:	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Rechnungs-Empfänger
Beziehung:	<input type="checkbox"/> Betreuer (Betreuungsvollmacht einreichen/ vorlegen)
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Telefon:	E-mail:

Bezugsperson 2:	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Rechnungs-Empfänger
Beziehung:	<input type="checkbox"/> Betreuer (Betreuungsvollmacht einreichen/ vorlegen)
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Telefon:	E-mail:

Bezugsperson 3:	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Rechnungs-Empfänger
Beziehung:	<input type="checkbox"/> Betreuer (Betreuungsvollmacht einreichen/ vorlegen)
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Telefon:	Bemerkung:

Patientenverfügung vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------------------------------	---

Hausarzt:

Individuelle Merkmale:
